



September 11th
Victim Compensation Fund

Form fields for SSN or National Identity Document number

FONDO DE COMPENSACIÓN PARA LAS VÍCTIMAS DEL 11 DE SEPTIEMBRE FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD PARA LOS RECLAMANTES con LESIONES PERSONALES

Formulario de elegibilidad (Partes I-IV)

PARTE I. RECLAMANTE E INFORMACIÓN DEL RECLAMO

A. INFORMACIÓN GENERAL DEL RECLAMANTE

Form field for Apellido del Reclamante

Apellido del Reclamante

Form field for Nombre

Nombre

Form field for Segundo nombre

Segundo nombre

Form field for Dirección postal

Dirección postal

Form field for Dirección postal continuación

Dirección postal continuación

Form field for Número de Apartamento/Suite

Número de Apartamento/Suite

Form field for Ciudad

Ciudad

Form field for Estado/Provincia

Estado/Provincia

Form field for Zip/Código Postal

Zip/Código Postal

Form field for País

País

Form field for Dirección de correo electrónico

Dirección de correo electrónico

Form field for Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Form field for N° de teléfono (Particular)

N° de teléfono (Particular)

Form field for N° de teléfono (Laboral)

N° de teléfono (Laboral)

Form field for N° de teléfono (Celular)

N° de teléfono (Celular)

Form field for Nacionalidad

Nacionalidad

Form field for N° de seguro social o de documento nacional de identidad

N° de seguro social o de documento nacional de identidad

Form field for País que expidió el pasaporte (si no es de los EE.UU.)

País que expidió el pasaporte (si no es de los EE.UU.)

Form field for N° pasaporte (si no es de los EE.UU. y está disponible)

N° pasaporte (si no es de los EE.UU. y está disponible)

Por favor indique si desea recibir correspondencia a través del correo electrónico. Por favor tenga en cuenta que al seleccionar esta opción será necesario que se registre en www.VCF.gov.



September 11th
Victim Compensation Fund

SSN or National Identity Document Number

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL TUTOR U OTRO REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL RECLAMANTE (SI CORRESPONDE)

Por favor complete esta Sección B solamente si el Reclamante tiene un tutor o si este formulario es presentado por una persona diferente del Reclamante lesionado. (Nota: Si está representado por un abogado, la información del mismo se debe brindar en la Sección C, no en esta Sección B).

Apellido del representante

Nombre

Segundo nombre

Dirección postal

Dirección postal continuación

Nº de Apartamento/Suite

Ciudad

Estado/Provincia

Zip/Código Postal

País

Dirección de correo electrónico

Nº de teléfono (Particular)

Nº de teléfono (Laboral)

Nº de teléfono (Celular)

Nacionalidad

Nº de seguro social o de documento nacional de identidad

Nº de seguro social o de documento nacional de identidad

Nº de pasaporte (si no es de los EE.UU. y está disponible)



PARTE II. INFORMACIÓN ACERCA DE LA PRESENCIA DEL RECLAMANTE EN EL SITIO DEL ATAQUE DEL 11/9 ENTRE EL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2001 Y EL 30 DE MAYO DE 2002

En esta Parte, por favor identifique las circunstancias y lugares (Sección A) y la hora y plazo correspondientes (Sección B) a la presencia del Reclamante en el sitio de las colisiones del 11/9 desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Nota: Si la presencia del Reclamante en el sitio de las colisiones del 11/9 desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002 involucró más de un lugar (por ejemplo, si el Reclamante era personal de rescate en el World Trade Center (WTC) y además residía en la Zona de Exposición de la Ciudad de Nueva York (*New York City*, NYC), o si el Reclamante trabajó en dos edificios diferentes dentro de la Zona de Exposición de NYC), por favor realice copias de esta Parte II y complete la Parte II para cada uno de los lugares.

¿Cuál es la definición de “Personal de Rescate” a los fines de este formulario de solicitud?

Se define “Personal de Rescate” como una persona que desarrollaba tareas de rescate, recuperación, demolición, remoción de escombros u otros servicios relacionados en la Zona de Exposición de NYC (definida a continuación), en el sitio del Pentágono o en el sitio de Shanksville, PA en respuesta a los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, independientemente de si la persona era un empleado estatal o federal o un miembro de la Guardia Nacional o si desempeñaba servicios en alguna otra función. Por lo tanto, se le podría ser considerar un Personal de Rescate incluso si Ud. desempeñaba los servicios enumerados por intermedio de un empleador privado o en forma voluntaria.

¿Cuál es la “Zona de Exposición de NYC” en cuanto se refiere a este formulario de reclamo?

A los fines de este formulario de reclamo, en la Zona de Exposición de NYC se incluye:

- El área de Manhattan al sur de la línea que corre a lo largo de la calle Canal desde el Río Hudson hasta la intersección de la calle Canal y East Broadway, continuando hacia el norte desde East Broadway hasta la calle Clinton, y hacia el este desde la calle Clinton hasta East River; y
- Toda área relacionada o a lo largo de las rutas de remoción de escombros, tal como barcazas y el relleno sanitario Fresh Kills.



September 11th
Victim Compensation Fund

- -
 N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

A. Circunstancias y lugares de presencia en el sitio de las colisiones del 11/9

1. Si el Reclamante era un Personal de Rescate dentro de la Zona de Exposición de NYC

Por favor indique la o las organizaciones del listado que sigue para las que el Reclamante trabajaba como Personal de Rescate.

- Departamento de Bomberos de Nueva York (Fire Department City of New York, FDNY) (Incluye personal de bomberos y emergencias, activo o jubilado)
- Departamento de Policía de la Ciudad de Nueva York (New York Police Department, NYPD) (activo o jubilado)
- Autoridad Portuaria de Nueva York y Policía de Nueva Jersey (Port Authority of New York and New Jersey Police) (activo o jubilado)
- Oficina del Director Forense de la Ciudad de Nueva York
- Port Authority Trans-Hudson Corporation (PATH)
- Morgue de la ciudad de Nueva York. Por favor especificar
- Fuerzas de seguridad del Estado de Nueva York (patrulleros estatales)
- Departamento de Servicios Ambientales del Estado de Nueva York
- Otras agencias del Estado de Nueva York. Por favor especificar
- Autoridad Metropolitana de Transporte (Metropolitan Transport Authority, MTA)
- Departamento de Sanidad de la Ciudad de Nueva York
- Departamento de Diseño y Construcción (Department of Design and Construction, DDC) de la Ciudad de Nueva York
- Otras agencias de la Ciudad de Nueva York. Por favor especificar
- Buró Federal de Investigaciones (FBI, etc.)
- Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU.
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU. (EE&G)
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU., Philips & Jordan
- Guardia Costera de los EE.UU.
- Guardia Nacional
- Servicio Secreto
- Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los EE.UU.
- Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)
- Otras agencias federales. Por favor especificar
- Organización voluntaria (incluidos la Cruz Roja y el Ejército de Salvación).
Por favor especificar
- Voluntario (no afiliado)
Por favor especificar
- Miembro de sindicato
Por favor especificar sindicato y seccional
- Empresa de servicios públicos (teléfono/gas/cable/agua/energía eléctrica)
- Empresa de construcción (trabajador del acero, ingeniero, transportista, remoción de escombros, remolcador y excavador, demolición, etc.)
Por favor especificar
- Empresa de operación de barcazas. Por favor especificar
- Empresa de camiones. Por favor especificar
- Empresa de recolección de basura. Por favor especificar
- Empresa de mantenimiento. Por favor especificar
- Empresa de control de polvo. Por favor especificar
- Empresa de control de plagas. Por favor especificar
- Clero. Por favor especificar
- Otro. Por favor especificar



September 11th
Victim Compensation Fund

SSN or National Identity Document Number

Por favor identifique los lugares donde estuvo el Reclamante dentro de la Zona de Exposición de NYC durante el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002

- Sobre o adyacente a la pila/en la fosa

Nota: La "pila" o "fosa" se refiere a la pila de escombros del derrumbe de los edificios del WTC y la infraestructura circundante y el área geográfica de los edificios derrumbados que fue el origen y la ubicación de los prolongados incendios. Por favor especificar ubicación.

Grid for location specification

- Oficina del Director Forense

- Muelle 6

- Muelle 25.

- Otro muelle.

Por favor especificar

Grid for other pier specification

- Barcazas de transporte.

Por favor especificar/describir

Grid for transport barges

- Otros vehículos de transporte.

Por favor especificar/describir

Grid for other vehicles

- Relleno sanitario Fresh Kills/Staten Island.

Por favor especificar/describir

Grid for Fresh Kills/Staten Island

- Otros.

Por favor especificar/describir

Grid for other locations

2. Si el Reclamante fue un personal de rescate en el Pentágono

Por favor identificar la o las organizaciones para las que trabajó el Reclamante como Personal de Rescate durante el período desde el 11 de septiembre de 2001 y hasta el 30 de mayo de 2002.

- Buró Federal de Investigaciones (FBI, etc.)
- Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU.
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU. (EE&G)
- Contratista del Cuerpo de Ingenieros del Ejército de los EE.UU. Philips & Jordan
- Guardia Costera de los EE.UU.
- Guardia Nacional
- Servicio Secreto
- Agencia de Protección Ambiental (EPA) de los EE.UU.
- Agencia Federal para la Gestión de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)

- Otros organismos federales.

Por favor especificar

Grid for other federal agencies

- Organización voluntaria (incluidos la Cruz Roja y el Ejército de Salvación). Por favor especificar

Grid for volunteer organization

- Voluntario (no afiliado)

Por favor especificar

Grid for unaffiliated volunteer

- Miembro de sindicato Por favor especificar sindicato y seccional

Grid for union member

- Otro. Por favor especificar

Grid for other

Por favor identificar el lugar en el Pentágono en el que estuvo presente el Reclamante durante el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Dirección

Grid for direction

Grid for direction



September 11th
Victim Compensation Fund

5. Si el Reclamante trabajó (no como personal de rescate) en limpieza de edificios o realizando tareas de mantenimiento dentro de la Zona de Exposición de NYC.

Identificar el nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico del empleador del Reclamante para el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002 durante el cual el Reclamante alega haber estado presente en la Zona de Exposición de NYC. Si el Reclamante tuvo más de un empleador durante este período, por favor imprima una copia de esta página y complete esta sección en forma separada para cada empleador.

[Grid for Employer Name]

Empleador

[Grid for Employer Address]

Dirección del empleador

[Grid for Employer Address continuation]

Dirección del empleador continuación

([Grid]) [Grid] - [Grid]

Nº de teléfono

[Grid for Email Address]

Dirección de correo electrónico

Por favor identificar el nombre y la dirección del lugar adonde trabajó el Reclamante.
Por favor completar esta Parte en forma separada para cada lugar.

Dirección

[Grid for Location Address]

6. Si el Reclamante trabajó (no como personal de rescate) dentro de la Zona de Exposición de NYC desempeñando una tarea diferente a la limpieza de edificios o cumpliendo tareas de mantenimiento.

Identificar el nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico del empleador del Reclamante para el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002 durante el cual el Reclamante alega haber estado presente en la Zona de Exposición de NYC. Si el Reclamante tuvo más de un empleador durante este período, por favor imprima una copia de esta página y complete esta sección en forma separada para cada empleador.

[Grid for Employer Name]

Empleador

[Grid for Employer Address]

Dirección del empleador

[Grid for Employer Address continuation]

Dirección del empleador continuación

([Grid]) [Grid] - [Grid]

Nº de teléfono

[Grid for Email Address]

Dirección de correo electrónico

Por favor identificar el nombre y la dirección del lugar donde trabajó el Reclamante.
Por favor completar esta Parte en forma separada para cada lugar

Dirección

[Grid for Location Address]



September 11th
Victim Compensation Fund

____ - ____ - ____
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

7. Si el Reclamante asistió a un establecimiento educativo o de cuidado infantil o de cuidado de adultos dentro de la Zona de Exposición de NYC.

Identificar el nombre del establecimiento educativo o de cuidado infantil o de cuidado de adultos al que asistió el Reclamante en la Zona de Exposición de NYC para el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Nombre del establecimiento educativo o de cuidado

Nombre del establecimiento educativo o de cuidado

Dirección del establecimiento educativo o de cuidado

Dirección del establecimiento educativo o de cuidado

Dirección del establecimiento educativo o de cuidado continuación

Dirección del establecimiento educativo o de cuidado continuación

(____) ____ - ____
N° de teléfono

N° de teléfono

8. Si el Reclamante estaba presente dentro de la Zona de Exposición de NYC por otro motivo (por ejemplo, en calidad de visitante).

Por favor describa por qué el Reclamante estaba en la Zona de Exposición de NYC para el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Descripción

Por favor identifique el lugar más cercano dentro de la Zona de Exposición de NYC donde estuvo presente el Reclamante durante el período desde el 11 de septiembre de 2001 hasta el 30 de mayo de 2002.

Edificio – Identificar dirección

Calle — Identificar dirección/intersección de calle

Estación/subterráneo/tren – Identificar ubicación

Otro – Especificar ubicación



September 11th
Victim Compensation Fund

- -
 N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

B. Tiempo y duración de presencia en el lugar

Por favor identificar en las líneas que siguen los días específicos y la cantidad de horas para cada día a partir del 11 de septiembre de 2001 y finalizando el 30 de mayo de 2002 que el Reclamante afirma haber estado presente en el lugar identificado en la Parte II.A precedente (por ej. vivió, trabajó, asistió a la escuela o estuvo presente por otros motivos en uno de los lugares de las colisiones del 11/9).

<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)	Horas	Lugar

C. Prueba de ubicación y tiempo de presencia y actividades en el sitio.

En el listado de instrucciones y documentos encontrará una explicación de los documentos que debe presentar para probar que el Reclamante estaba presente en el sitio de las colisiones del 11/9.



September 11th
Victim Compensation Fund

¿Sufrió el Reclamante algún daño físico como resultado de los impactos de los aviones y/o de la remoción de escombros? (continuación)

Número de afección:

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. ¿Cuándo descubrió el Reclamante por primera vez esta lesión o afección? / /
(mm/dd/aaaa)
2. ¿Cuándo fue tratado por primera vez al Reclamante por un profesional médico por esta lesión o afección? / /
(mm/dd/aaaa)
3. ¿Cuándo se le diagnosticó al Reclamante esta lesión o afección? / /
(mm/dd/aaaa)
4. Si se le diagnosticó al Reclamante esta lesión o afección antes del 11 de septiembre de 2001, ¿dicha afección empeoró a partir del 11 de septiembre de 2001? Sí No No sabe
5. ¿Fue tratado el Reclamante por esta lesión o afección en el marco del Programa de Salud del WTC que se inició el 1 de julio de 2011? Sí No

¿Qué es el Programa de Salud del WTC?

El Programa de Salud del WTC, dirigido por el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (*National Institute for Occupational Safety and Health*, NIOSH), se estableció conforme a la Sección I de la Ley Zadroga y se inició el 1 de julio de 2011. El Programa de Salud del WTC brinda servicios médicos de diagnóstico y tratamiento a personas elegibles con lesiones o afecciones específicas que se determinó que fueron agravadas, a las que contribuyeron o que fueron provocadas por los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 o los esfuerzos posteriores de remoción de escombros. El Programa de Salud del WTC incluye una red nacional de prestadores de cuidados médicos para las personas elegibles que viven fuera del área metropolitana de Nueva York. A partir del 1 de julio de 2011, el Programa de Salud del WTC se hizo cargo de las funciones y objetivos de dos programas anteriores: el Programa de Monitoreo y Tratamiento Médico del WTC para personal de rescate y trabajadores de recuperación y limpieza que incluía una red nacional de prestadores de cuidados médicos que prestaban servicios a los trabajadores de primer nivel de respuesta residentes fuera del área metropolitana de Nueva York, y el Programa Comunitario del Centro de Salud Ambiental del WTC para los residentes, estudiantes y otros miembros elegibles de la comunidad. Por favor consulte las Instrucciones para obtener mayor información acerca del Programa de Salud del WTC y los dos

Continúa en la página siguiente



September 11th
Victim Compensation Fund

____ - ____ - _____
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

Número de afección: ____ Por favor especifique nuevamente el número de afección relacionado

7. ¿Fue tratado el Reclamante por dicha lesión o afección en otra entidad/programa o por un médico privado? Sí No

- Si la respuesta es afirmativa,
 - Por favor identifique el o los médicos externos u otro programa/entidad que trataron al Reclamante por dicha lesión. Incluya la información de contacto (nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico) del médico externo u otro programa/entidad.

Médico/Otra entidad o Programa:

Nombre

Dirección

Dirección continuación

Nº de Suite Ciudad

Estado/Provincia Zip/Código Postal (____) ____ - ____
Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Médico/Otra entidad o Programa:

Nombre

Dirección

Dirección continuación

Nº de Suite Ciudad

Estado/Provincia Zip/Código Postal (____) ____ - ____
Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Si Ud. declara afecciones adicionales, por favor imprima copias de las páginas 16-18 y complete las preguntas para cada afección declarada. Por favor recuerde entregar todas las páginas.



September 11th
Victim Compensation Fund

				-			-				
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante											

PARTE IV. FORMULARIO DE DECLARACIONES Y CERTIFICACIONES PARA ELEGIBILIDAD

A. AVISO ACERCA DE LA LEY DE PRIVACIDAD

El Departamento de Justicia de los Estados Unidos está autorizado a reunir esta información conforme al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001, Título IV de la Ley Pública 107-42, Ley de Seguridad y Estabilización del Sistema de Transporte Aéreo, Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C.) No. 49, nota de la Sección 40101, modificada por la Ley de Salud e Indemnización del 11/9 de James Zadroga de 2010, Título II de la Ley Pública 111-347. La información que presente en su reclamo es para uso oficial del Departamento de Justicia de los Estados Unidos con el fin de determinar su elegibilidad y el monto de la indemnización que puede recibir bajo su reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas. La presentación de esta información es voluntaria; sin embargo, si no se provee información de manera completa es posible que el procesamiento del reclamo sufra demoras o que sea denegado. La información que presente con respecto a su reclamo solamente puede ser difundida por el Gobierno de acuerdo con las disposiciones de la Ley de Privacidad.

Autorizo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a divulgar los registros o la información relacionados con mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas con el fin de determinar la calificación y/o indemnización de mi reclamo a: contratistas de la agencia que colaboran en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas; otros organismos federales, estatales o locales, incluidos el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH); y otras personas o entidades que tengan información relacionada con el reclamo, por ejemplo médicos, prestadores de servicios médicos, aseguradores y empleadores.

Firma del reclamante o representante autorizado
(Por ejemplo, tutor legal)

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de imprenta

Relación con el reclamante

B. PRUEBA DE DESISTIMIENTO DE UNA DEMANDA LEGAL

¿Usted o algún familiar dependiente, cónyuge o beneficiario del reclamante ha entablado una demanda legal (o ha sido parte de una demanda legal) en un tribunal federal o estatal en relación con o como consecuencia de los daños sufridos como resultado de los impactos de los aviones relacionados con los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 o por daños y perjuicios como consecuencia o en relación con la remoción de escombros (que no fuera una demanda legal para recuperar obligaciones de fuentes colaterales o una demanda legal contra una persona que participó a sabiendas en una conspiración para secuestrar un avión o cometer un acto terrorista)?

Sí No

• Si la respuesta es afirmativa

¿La demanda legal fue retirada o desestimada el 2 de enero de 2012 o con anterioridad? Sí No

¿La demanda legal fue resuelta el 2 de enero de 2011 o con anterioridad? Sí No

¿La demanda legal fue resuelta parcialmente el 2 de enero de 2011 o con anterioridad?

Sí No No sabe

Si la respuesta es afirmativa:

¿La parte de la demanda legal que no fue resuelta el 2 de enero de 2011 o con anterioridad, fue desestimada el 2 de enero de 2011 o con anterioridad? Sí No



September 11th
Victim Compensation Fund

____ - ____ - ____
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

D. DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN NOMBRE DE UN MENOR RECLAMANTE (CONTINUACIÓN)

(2) Soy el padre/madre del reclamante, comparto la custodia legal o tengo custodia conjunta del reclamante con _____ y el reclamante no tiene un tutor legal.

Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los ____ días del mes de _____, 201__.

Firma del padre/madre

Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los ____ días del mes de _____, 201__.

Firma de la otra persona con custodia legal conjunta del reclamante

(3) Soy el tutor legal del reclamante. Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los ____ días del mes de _____, 201__.

Firma del tutor

(4) No soy el padre/madre del reclamante pero tengo la custodia legal del reclamante, los padres del reclamante no tienen la custodia legal del reclamante y el reclamante no tiene un tutor legal. Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los ____ días del mes de _____, 201__.

Firma del representante autorizado

(Relación con el reclamante)



September 11th
Victim Compensation Fund

E. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a obtener toda la información relacionada con mi reclamo conforme al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001 (Fondo de Compensación para las Víctimas o VCF (Victim Compensation Fund) con el fin de evaluar mi reclamo de indemnización al VCP solicitándola a personas, empleadores, hospitales, prestadores de servicios médicos, otros organismos federales, estatales o locales, incluida la Administración de Seguridad Social y el Servicio de Impuestos (Internal Revenue Service), el Programa de Salud del World Trade Center (World Trade Center Health Program, WTCHP), el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH), los Centros Clínicos de Excelencia del WTCHP, la Red nacional de proveedores de atención médica del WTCHP, el Departamento de Bomberos de Nueva York, el Departamento de Policía de la Ciudad de Nueva York, la Oficina de Administración de Nómina Salarial de Nueva York, el Sistema de jubilación de empleados de la Ciudad de Nueva York, el Sistema de jubilación de los docentes de la Ciudad de Nueva York, el Fondo de Pensión de la Policía de la Ciudad de Nueva York, el Fondo de Pensión del Departamento de Bomberos de Nueva York, el Sistema de Jubilación de la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York, la Junta de Indemnización de Trabajadores del Estado de Nueva York, el Departamento de Trabajo y Desarrollo de la Fuerza Laboral del Estado de Nueva Jersey, División de Indemnización de Trabajadores, el Departamento de Servicios Sociales del Estado de Connecticut, Oficina de Servicios de Rehabilitación (anteriormente la Comisión de Indemnización de Trabajadores del Estado de Connecticut), la Autoridad Portuaria de Nueva York y Nueva Jersey, la Oficina del Director Forense de la Ciudad de Nueva York, la Corporación de Salud y Hospitales de la Ciudad de Nueva York, Child Health Plus, Family Health Plus, Medicaid, WTC Captive Insurance Company, Inc., el Tercero Neutral para la Resolución de Litigios vinculados con el World Trade Center u otras fuentes que tengan información en relación con mi reclamo. Esta información puede incluir, por ejemplo, información médica, gubernamental y financiera (incluidos los registros de pensión, archivos de pensión o información de pensión) sobre mi o el Reclamante a quien represento. La información médica solicitada puede constar de todos mis registros médicos, que pueden incluir información de solicitud o inscripción, información de elegibilidad, registros de reclamos, estado del reclamo, registros médicos de pacientes, historias clínicas de pacientes, notas de consultorios (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados por otros prestadores de atención médica. La divulgación solicitada incluirá información de carácter confidencial. Si los registros incluyen reclamos u otra información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, incluyendo el abuso de alcohol o sustancias, enfermedades contagiosas, incluido el VIH/SIDA y/o información de marcadores genéticos, estos registros se incluirán en la información puesta a disposición del Fondo de Compensación para las Víctimas.

Reconozco que la firma de esta Autorización es voluntaria y que mis médicos y prestadores médicos y cualquier otra entidad en posesión de mi información de salud no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme o no firme esta Autorización. Sin embargo, es posible que el VCF no pueda evaluar mi reclamo si no autorizo la divulgación de mis registros médicos.

Reconozco asimismo que los prestadores de atención médica están obligados por la Norma de Privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a proteger mi información de salud. Cuando proporcionen la información al VCF, la misma no estará protegida por esa misma Norma de privacidad. Sin embargo, el VCF, el Departamento de Justicia (Department of Justice, DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) continuarán protegiendo la confidencialidad de mis registros médicos en la medida que se les permite hacerlo de acuerdo con otra ley federal, la Ley de Privacidad. El VCF no revelará la información sobre mi salud que sea identificable recibida como resultado de esta Autorización sin mi consentimiento escrito excepto cuando la ley lo autorice.

Autorizo asimismo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a divulgar los registros o la información relacionada con mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas con el fin de determinar la calificación y/o la indemnización de mi reclamo a: contratistas del organismo que colaboran en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas; otras agencias federales, estatales o locales, incluido el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) y otras personas o entidades que tengan información relacionada con el reclamo, por ejemplo médicos, prestadores de servicios médicos, aseguradores y empleadores.

Autorizo asimismo al Departamento de Justicia de los Estados Unidos a publicar el nombre del reclamante que presenta un reclamo y para quien se solicita una indemnización.

Autorizo asimismo la divulgación de información relacionada con mi reclamo, cuando dicha información indique una violación o posible violación de la ley, incluida la presentación de reclamos fraudulentos, a una autoridad de orden público civil o penal u otro organismo competente responsable de investigar o procesar tal violación.



E. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN (CONTINUACIÓN)

Autorizo asimismo a las personas, entidades y organismos federales, estatales y locales, incluidos el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) y el Programa de Salud del World Trade Center (World Trade Center Health Program, WTCHP) que tienen información pertinente a mi reclamo, a difundir dicha información a un representante debidamente acreditado del Departamento de Justicia de los Estados Unidos durante la revisión de mi reclamo al Fondo de Compensación para las Víctimas, sustituyendo cualquier acuerdo previo estableciendo lo contrario. Las copias de esta autorización que muestran mi firma son tan válidas como la autorización original firmada por mí. Ratifico que tengo el derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el VCF y las entidades antes enumeradas ya hayan actuado de acuerdo con esta Autorización. Entiendo que para revocar esta autorización debo escribir al VCF a September 11th Victim Compensation Fund, P.O. Box 34500, Washington, D.C. 20043. Reconozco que esta autorización es válida por seis (6) años a partir de la fecha en que se firme o cuando la extinga por escrito, lo que suceda en primer lugar.

Certifico que soy la persona nombrada a continuación (Reclamante del Fondo de Compensación para las Víctimas o representante autorizado del reclamante) y autorizo la divulgación de la información antes mencionada. Entiendo que el uso consciente e intencional de datos falsos para solicitar u obtener un registro perteneciente a una persona es un delito penal sujeto a una multa de US\$ 5.000.

Al poner mis iniciales a continuación, certifico que la información antes descrita puede incluir información de salud mental y autorizo la divulgación de dicha información. _____

[Empty box for signature]

Firma del reclamante o representante(s) autorizado(s)
(Por ejemplo, tutor legal)

[Date input boxes: mm / dd / aaaa]

Fecha (mm/dd/aaaa)

[Empty box for name]

Nombre en letra de imprenta

[Empty box for relationship]

Relación con el reclamante

F. RATIFICACIÓN DEL RECLAMANTE DEL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ABOGADO DE LA LIMITACIÓN DE SUS HONORARIOS

Si el reclamante ha sido representado por un abogado por los servicios prestados en relación con este reclamo, el reclamante debe firmar y fechar la siguiente ratificación:

Por la presente certifico que he leído y comprendo las disposiciones que rigen la limitación de los honorarios del abogado según lo indicado en las Instrucciones de este formulario de reclamo que, en general, y con excepciones limitadas, establecen que mi abogado, no obstante un contrato, **no puede cobrar más del diez por ciento (10%) de todo laudo que pueda pagarse por mi reclamo** y que todos los gastos incurridos por mi abogado en relación con mi reclamo, salvo aquellos distintos de los que se incurren rutinariamente, no me pueden ser cobrados a menos que hayan sido aprobados por la Auxiliar Judicial.

[Empty box for signature]

Firma del reclamante o representante(s) autorizado(s)
(Por ejemplo, tutor legal)

[Date input boxes: mm / dd / aaaa]

Fecha (mm/dd/aaaa)

[Empty box for name]

Nombre en letra de imprenta

[Empty box for relationship]

Relación con el reclamante



September 11th
Victim Compensation Fund

SSN or National Identity Document Number

G. AUTORIZACIÓN PARA COMUNICACIÓN Y CORRESPONDENCIA

Si un abogado u otra persona autorizada están colaborando con el reclamante (o el representante autorizado del reclamante) en este reclamo y el reclamante (o el representante autorizado del reclamante) desea autorizar al Fondo de Compensación para las Víctimas para que se comuniquen con esta persona, por favor firme y feche la siguiente autorización.

Indique aquí Si desea recibir una copia de toda la correspondencia del VCF con relación a su reclamo. Observe que si no marca esta casilla, el VCF no estará autorizado a comunicarse con usted directamente con relación a su reclamo.

Autorizo a la Auxiliar Judicial, las personas designadas por la Auxiliar Judicial, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos o los contratistas del organismo que colaboren en la administración del Fondo de Compensación para las Víctimas para que se comuniquen con mi abogado u otras personas autorizadas a actuar en mi nombre (si fue identificado en la Parte I.C.) si la Auxiliar Judicial necesita información o aclaraciones adicionales sobre mi reclamo.

Signature box

Firma del reclamante o representante(s) autorizado(s) (Por ejemplo, tutor legal)

Date box (mm/dd/yyyy)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si no es el reclamante:

Name box

Nombre en letra de imprenta

H. CERTIFICACIÓN DE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud y todos los documentos provistos para respaldar este reclamo son veraces y exactos a mi leal saber y entender y acuerdo que cualquier pago efectuado por el VCF está expresamente condicionado a la veracidad y exactitud de la información y documentación provistas para respaldar este reclamo. Asimismo, entiendo que las declaraciones o los reclamos falsos efectuados en relación con esta solicitud pueden dar lugar a multas, pena de prisión y/o cualquier otro recurso que por ley esté a disposición del gobierno federal y que los reclamos que parezcan ser posiblemente fraudulentos o contengan información falsa serán remitidos a las autoridades de orden público federal, estatal y local para su posible investigación y procesamiento.

Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es veraz y correcto.

Otorgado a los [] días del mes de [] , 201[] .

Signature box

Firma del reclamante o representante autorizado (Por ejemplo, tutor legal)

Si no es el reclamante:

Name box

Nombre en letra de imprenta



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092
[] [] [] - [] [] - [] [] [] []
Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

I. AVISO DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE DOCUMENTACIÓN

Un organismo no puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a una recolección de información a menos que incluya un número de aprobación de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) que sea actualmente válido. Intentamos crear formularios e instrucciones que sean precisos, puedan comprenderse fácilmente y le imponga la menor carga posible. El tiempo promedio estimado para completar y presentar esta solicitud es 1,5 horas. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de esta estimación o sugerencias para simplificar este formulario, puede escribir a la Oficina de la Auxiliar Judicial en el Departamento de Justicia, como sigue: Office of the Special Master, U.S. Department of Justice, 950 Pennsylvania Ave, NW, Washington, DC 20530; Número de control de OMB 1105-0092. (No envíe por correo a esta dirección su solicitud completada).



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros médicos

Instrucciones para el reclamante: Por favor indique en la Sección 1 todos los médicos y prestadores de atención médica que participaron en el diagnóstico y tratamiento de su lesión, así como también otras entidades (por ej. compañías de seguros, programas de seguro por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, programas de pensión) que puedan tener información médica. Copie este anexo y complételo si necesita enumerar más de cuatro prestadores de atención médica u otras entidades. A continuación, por favor escriba su nombre en letra de imprenta y dirección y firme en el lugar provisto en la Sección 2.

Al firmar este documento, estará otorgando autorización a sus médicos, prestadores de atención médica u otras entidades indicadas a continuación para divulgar su información de salud al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre (Victim Compensation Fund, VCF), el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (Department of Justice, DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH) con el fin de evaluar su reclamo de indemnización al VCF.

Nótese que puede revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el VCF y las entidades antes enumeradas ya hayan actuado en función de esta Autorización. Para revocar esta autorización debe escribirles a los prestadores o entidades enumeradas a continuación y al VCF a la dirección indicada más abajo. Esta autorización es válida por seis (6) años a partir de la fecha en que sea firmada o cuando la extinga por escrito, lo que suceda en primer lugar.

Sus médicos y prestadores médicos no pueden condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a que firme or no firme esta Autorización. Sin embargo, es posible que el VCF no pueda evaluar su reclamo si no autoriza la divulgación de sus registros médicos.

Sus prestadores y otras entidades determinadas están obligados por la Norma de Privacidad conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) a proteger su información de salud. Cuando proporcionen la información al VCF, ésta no estará protegida por esa misma Norma de privacidad. Sin embargo, el VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) continuarán protegiendo la confidencialidad de sus registros médicos en la medida que se les permite hacerlo de acuerdo con otra ley federal, la Ley de Privacidad. El VCF no revelará información de su salud que sea identificable que haya recibido como resultado de esta Autorización sin su consentimiento escrito excepto cuando la ley lo autorice.

La información que se le divulgará al Fondo de Compensación para las Víctimas incluye, por ejemplo, información de solicitud o inscripción, información de elegibilidad, registros de reclamos, estado de reclamos, registros y legajos de pensiones, registros médicos de pacientes íntegros, historias clínicas de pacientes, notas de consultorios (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados sus médicos y prestadores de atención médica por otros prestadores de atención médica.

La divulgación solicitada incluirá información de carácter confidencial. Si los registros incluyen reclamos u otra información relacionada con enfermedades crónicas, afecciones de salud del comportamiento, incluyendo el abuso de alcohol o sustancias, enfermedades contagiosas, incluyendo el VIH/SIDA y/o información de marcadores genéticos, estos registros estarán incluidos en la información puesta a disposición del VCF.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Sin embargo, si se niega a firmar esta autorización, el VCF no podrá procesar su reclamo de indemnización.



September 11th
Victim Compensation Fund

____ - ____ - ____
N° de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros médicos

Al poner mis iniciales a continuación, reconozco que la información antes descrita puede incluir información sobre salud mental y autorizo la divulgación de dicha informr _____ .

Por el presente autorizo a la persona, asegurador u otra entidad indicada a continuación a divulgar información confidencial sobre el reclamante mencionado más abajo al VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH):

Sección 1: Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de médicos, prestadores de atención médica u otras entidades.

Médico/Otra Entidad o Programa:

Nombre del Médico/Prestador/Entidad

Dirección del Médico/Prestador/Entidad

Dirección del Médico/Prestador/Entidad continuación

N° de Suite Ciudad

Estado/Provincia Zip/Código Postal (____) ____ - ____
N° de teléfono

Dirección de correo electrónico

Médico/Otra Entidad o Programa:

Nombre del Médico/Prestador/Entidad

Dirección del Médico/Prestador/Entidad

Dirección del Médico/Prestador/Entidad continuación

N° de Suite Ciudad

Estado/Provincia Zip/Código Postal (____) ____ - ____
N° de teléfono

Dirección de correo electrónico



September 11th
Victim Compensation Fund

SSN or National Identity Document Number of the Claimant

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros médicos

Por el presente autorizo a la persona, asegurador u otra entidad indicada a continuación a divulgar información confidencial sobre el reclamante mencionado más abajo al VCF, el Departamento de Justicia (DOJ) y el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH):

Sección 1: Nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de médicos, prestadores de atención médica u otras entidades (continuación)

Médico/Otra Entidad o Programa:

[Grid for Name]

Nombre

[Grid for Address]

Dirección

[Grid for Address continuation]

Dirección continuación

[Grid for Suite Number]

Nº de Suite

[Grid for City]

Ciudad

[Grid for State/Province]

Estado/Provincia

[Grid for Zip/Postal Code]

Zip/Código Postal

[Grid for Phone Area Code]

Nº de teléfono

[Grid for Phone Number]

[Grid for Phone Number]

[Grid for Email Address]

Dirección de correo electrónico

Médico/Otra Entidad o Programa:

[Grid for Name]

Nombre

[Grid for Address]

Dirección

[Grid for Address continuation]

Dirección continuación

[Grid for Suite Number]

Nº de Suite

[Grid for City]

Ciudad

[Grid for State/Province]

Estado/Provincia

[Grid for Zip/Postal Code]

Zip/Código Postal

[Grid for Phone Area Code]

Nº de teléfono

[Grid for Phone Number]

[Grid for Phone Number]

[Grid for Email Address]

Dirección de correo electrónico

El Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional



September 11th
Victim Compensation Fund

SSN or National Identity Document Number

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo A del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros médicos

Sección 2: Información y firma del reclamante (continuación)

Certifico que soy la persona nombrada a continuación (Reclamante del Fondo de Compensación para las Víctimas o representante autorizado del Reclamante) y autorizo la divulgación de la información anteriormente detallada. Entiendo que el uso consciente e intencional de datos falsos para solicitar u obtener un registro perteneciente a una persona es un delito penal sujeto a una multa de US\$ 5.000.

[Signature box]

Firma del reclamante o representante(s) autorizado(s)

[Date box: mm/dd/yyyy]

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si no es el Reclamante:

[Name box]

Nombre en letra de imprenta

[Relationship box]

Relación con el reclamante

Tipo de cobertura a la que se aplica esta autorización (el médico, prestador de atención médica u otra entidad indicarán todas las que se apliquen)

- Médica
- Discapacidad
- Farmacia
- Cuidado de largo plazo
- Otra. Especifique/describa

[Grid for specifying other coverage types]



September 11th
Victim Compensation Fund

OMB 1105-0092

	-		-	
--	---	--	---	--

Nº de SSN o de Documento Nacional de Identidad del Reclamante

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Nº de seguro social
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue información de pensión y salud según lo establecido en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con excepción de las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en el Punto 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y yo coloque mis iniciales en la línea del recuadro en el Punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en el Punto 8.
2. En caso de que autorice la divulgación de información relacionada con VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, se prohíbe al destinatario volver a difundir dicha información sin mi autorización a menos que se le permita hacerlo conforme a la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o diseminación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
3. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiéndole al prestador de salud, fondo de pensión u otra entidad indicada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de la misma.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi firma de esta autorización.
5. El destinatario podría difundir la información conforme a esta autorización (excepto por lo indicado anteriormente en el Punto 2) y esta nueva divulgación podría no estar protegida por la ley federal o estatal.
6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A EXAMINAR MI INFORMACIÓN DE SALUD O INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O PENSIÓN CON NINGUNA OTRA PERSONA DIFERENTE DEL ABOGADO O EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL ESPECIFICADOS EN EL PUNTO 9 (b).**



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

7. Nombre y dirección del prestador de salud, fondo de pensión u otra entidad que difundirá esta información:
Indique todos.

- Oficina de Administración de Nómina Salarial de Nueva York
(*New York Office of Payroll Administration, OPA*)
Room 200N
One Centre Street
New York, NY 10007
- Fondo de Pensión de la Policía de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Police Pension Fund, POLICE*)
233 Broadway, 19th Floor
New York, NY 10279
- Fondo de Pensión del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York
(*New York Fire Department Pension Fund, FIRE*)
9 MetroTech Center
Brooklyn, NY 11201
- Sistema de Retiro de los Empleados de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Employees' Retirement System, NYCERS*)
335 Adams Street, Suite 2300
Brooklyn, NY 11201-3724
- Sistema de Retiro de los Docentes de la Ciudad de Nueva York
(*Teachers' Retirement System of the City of New York, TRS*)
55 Water Street
New York, NY 10041
- Sistema de Retiro de la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York
(*New York City Board of Education Retirement System, BERS*)
65 Court Street, 16th Floor
Brooklyn, NY 11201-4965

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se enviará esta información:

The September 11th Victim Compensation Fund of 2001
P.O. Box 34500
Washington, DC 20043

The United States Department of Justice
950 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20530



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B1 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

Autorización para la divulgación de información de pensión y médica que sean o no sean entidades HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, HIPAA) (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)

9(a). Información específica a ser difundida:

- Legajo completo de pensión, que incluye, por ejemplo: Información con respecto al tipo de pensión otorgada (retiro por discapacidad accidental (Advanced Disability Retirement, ADR), retiro por discapacidad ordinaria (Ordinary Disability Retirement, ODR) o servicio), el monto y si el beneficio se otorgó o no conforme a la Ley de Discapacidad del WTC

- Incluya: (*indique colocando sus iniciales*)
- _____ Tratamiento por alcoholismo/drogadicción
 - _____ Información de salud mental
 - _____ Información relacionada con VIH

Autorización para discutir información de salud o pensión

9(b). ○ Al poner mis iniciales a continuación _____, autorizo a
(Iniciales)

_____ (Nombre del prestador de atención médica individual, fondo de pensión u otra entidad)

a examinar mi información de salud o pensión con mi abogado, o un organismo gubernamental, aquí indicados:

el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre y el Departamento de Justicia de los Estados Unidos
(Abogado/Nombre de la firma o nombre del organismo gubernamental)

10. Motivo para difundir la información:

- A solicitud de la persona
- Otro: Para evaluar mi reclamo de indemnización al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre

11. Fecha o evento de caducidad de esta autorización:

Seis (6) años a partir de la fecha de la firma o en el momento de mi extinción por escrito

12. Si no es el reclamante, nombre de la persona que firma el formulario:

13. Autorización para firmar en nombre del reclamante:

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Asimismo, se me ha entregado una copia del formulario.

Firma del reclamante o representante autorizado por ley

Fecha: _____

* Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar razonablemente a alguien que tiene síntomas o infección por VIH y la información con respecto a los contactos de una persona.



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B2 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFORME LA LEY PORTABILIDAD Y DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Nº de seguro social
Dirección del paciente		

Yo, o mi representante autorizado, solicito que se divulgue información de pensión y salud según lo establecido en este formulario:

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York y la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), entiendo que:

- Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con el **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, con excepción de las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea correspondiente en el Punto 9(a). En caso de que la información de salud descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y yo coloque mis iniciales en la línea del recuadro en el Punto 9(a), autorizo específicamente la divulgación de dicha información a la(s) persona(s) indicadas en el Punto 8.
- En caso de que autorice la divulgación de información relacionada con VIH, tratamiento por alcoholismo o drogadicción o tratamiento de salud mental, se prohíbe al destinatario volver a difundir dicha información sin mi autorización a menos que se le permita hacerlo conforme a la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con VIH sin autorización. Si sufro discriminación debido a la divulgación o diseminación de información relacionada con VIH, puedo comunicarme con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estos organismos son responsables de proteger mis derechos.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, escribiéndole al prestador de salud, fondo de pensión u otra entidad indicada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización, excepto en la medida en que ya se haya actuado en función de la misma.
- Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria. Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi firma de esta autorización.
- El destinatario podría difundir la información conforme a esta autorización (excepto por lo indicado anteriormente en el Punto 2) y esta nueva divulgación podría no estar protegida por la ley federal o estatal.
- ESTA AUTORIZACIÓN NO LO AUTORIZA A EXAMINAR MI INFORMACIÓN DE SALUD O INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA O PENSIÓN CON NINGUNA OTRA PERSONA DIFERENTE DEL ABOGADO O EL ORGANISMO GUBERNAMENTAL ESPECIFICADOS EN EL PUNTO 9 (b).**



September 11th
Victim Compensation Fund

**Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B2 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFORME LA LEY PORTABILIDAD Y
DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)**

7. Nombre y dirección del prestador de salud u otra entidad que difundirá esta información

Grid for entering provider name and address (10 rows x 25 columns).

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de personas a quien se enviará esta información:

The September 11th Victim Compensation Fund of 2001
P.O. Box 34500
Washington, DC 20043

The United States Department of Justice
950 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20530



September 11th
Victim Compensation Fund

Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre de 2001
Anexo B2 del Formulario de elegibilidad para los reclamantes con lesiones personales
Autorización para la divulgación de información médica
por parte de personas y entidades de Nueva York

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFORME LA LEY PORTABILIDAD Y DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA)

9(a). Información específica a ser divulgada:

Registro médico desde (insertar fecha) _____ hasta (insertar fecha) _____

Registro médico completo, que incluye historias clínicas de pacientes, notas de consultorio (con excepción de las notas de psicoterapia), resultados de estudios, estudios de radiología, películas, derivaciones, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros que le fueron enviados por otros prestadores de atención médica.

Otra: _____

Incluya: (indique colocando sus iniciales)

_____ Tratamiento por alcoholismo/drogadicción

_____ Información de salud mental

_____ Información relacionada con VIH

Autorización para examinar información de médica

9(b). Al inicialar aquí _____, autorizo a _____ (Iniciales)

_____ (Nombre del prestador de atención médica individual)

a examinar mi información de salud con mi abogado, o un organismo gubernamental, aquí indicados:

el Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre y el Departamento de Justicia de los Estados Unidos (Abogado/Nombre de la firma o nombre del organismo gubernamental)

<p>10. Motivo para difundir la información:</p> <p><input type="radio"/> A solicitud de la persona</p> <p><input checked="" type="radio"/> Otro: Para evaluar mi reclamo de indemnización al Fondo de Compensación para las Víctimas del 11 de septiembre</p>	<p>11. Fecha o evento de caducidad de esta autorización:</p> <p>Seis (6) años a partir de la fecha de la firma o en el momento de mi extinción por escrito</p>
<p>12. Si no es el reclamante, nombre de la persona que firma el formulario:</p> <p>_____</p>	<p>13. Autorización para firmar en nombre del reclamante:</p> <p>_____</p>

Se han completado todos los puntos de este formulario y se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Asimismo, se me ha entregado una copia del formulario.

Fecha: _____
Firma del reclamante o representante autorizado por ley

* Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York protege la información que pudiera identificar razonablemente a alguien que tiene síntomas o infección por VIH y la información con respecto a los contactos de una persona.



September 11th
Victim Compensation Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES

A fin de procesar su reclamo, necesitamos determinados documentos de respaldo. Esta lista de verificación le ayudará a recopilar dichos documentos. Por favor, clasifique sus documentos de acuerdo con la sección del formulario de reclamo para la cual se les presenta. Le recomendamos enfáticamente cargar sus documentos en forma electrónica, lo cual permitirá un proceso más eficiente del reclamo. Si está presentando un formulario de reclamo impreso y desea subir documentos electrónicamente, deberá registrarse en www.VCF.gov. Una vez que su formulario de reclamo haya sido recibido, procesado y cargado en el sistema electrónico, tendrá la posibilidad de subir los documentos. Si no tiene acceso a copias electrónicas de los documentos o si no desea registrarse en www.VCF.gov, puede enviar copias impresas de dichos documentos por correo. Para hacerlo, por favor imprima este formulario y en la copia impresa marque los recuadros correspondientes en la columna "Enviado por correo" para cada sección que presente. Luego envíe por correo los documentos junto con una copia de este formulario, al September 11th Victim Compensation Fund; P.O. Box 34500; Washington, DC 20043. El N° de seguro social o documento nacional de identidad del Reclamante debe ser escrito en la parte superior de todos los documentos enviados por correo. Debe conservar una copia de todos los documentos enviados por correo al VCF para sus registros.

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte I.B. Información acerca del tutor u otro representante autorizado del Reclamante (si corresponde)</p> <p>Documentación que muestra que el tutor u otro representante autorizado del Reclamante tienen autorización para actuar en nombre de un Reclamante menor o discapacitado. Algunos ejemplos incluyen:</p> <p><u>Los padres de un Reclamante menor deben presentar:</u></p> <p>(1) Acta de nacimiento del Reclamante; y</p> <p>(2) Orden del tribunal que otorga a un padre custodia exclusiva del Reclamante (<u>si corresponde</u>)</p> <p><u>El tutor u otra persona con custodia legal de un Reclamante menor debe presentar:</u></p> <p>(1) Orden del tribunal que otorga la custodia o designa la tutoría; o</p> <p>(2) Testamento o escritura que designa la tutoría</p> <p><u>El tutor de un Reclamante que no es menor debe presentar:</u></p> <p>(1) Orden del tribunal que designa la tutoría</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte I.E. Información acerca de la participación del reclamante en juicios relacionados con el 11 de septiembre de 2001 (si corresponde)</p> <p>Si se ha retirado la demanda legal, por favor envíe el aviso o la moción de retiro. Dicho retiro debe haber sido archivado en el expediente judicial pertinente el 2 de enero de 2012 o antes de esa fecha. Nótese que también debe enviar la orden final del tribunal que confirma el retiro a fin de que el VCF emita el pago de su reclamo si se determina que usted es elegible.</p> <p>Si la demanda legal ha sido resuelta o eximida, por favor envíe una copia del acuerdo de resolución y eximición. Los documentos que presente deben mostrar la fecha de resolución y eximición, el monto total de la resolución y la afección médica que se aprobó para el pago conforme a la resolución.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si el abogado del Reclamante o familiar a cargo, cónyuge o beneficiario del Reclamante firmaron y presentaron la eximición, también debe proporcionar una copia del acuerdo de contratación del abogado interviniente en la demanda legal resuelta como prueba de que el abogado estaba autorizado a firmar la eximición. <p>Si ha desestimado la demanda legal, por favor presente la orden de desistimiento.</p> <p>Si ha presentado una demanda legal o reclamo de indemnización por la afección reclamada ante un tribunal o fideicomiso de quiebra por una lesión o enfermedad respiratoria debida a exposición no relacionada con el 11 de septiembre de 2001 (por ej. amianto), por favor adjunte la información sobre la acción o reclamo (tribunal/fideicomiso, año de presentación, número de expediente, lesión/enfermedad reclamada) y documentación de sentencia, resolución o indemnización de fideicomiso.</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES**

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte II. Información acerca de la presencia del Reclamante en el sitio del ataque del 11/9 entre el 11 de septiembre de 2001 y el 30 de mayo de 2002</p> <p>Por favor presente la prueba escrita que demuestre que el Reclamante estaba presente en el lugar. Algunos ejemplos de pruebas aceptables incluyen:</p> <p><u>Personal de Rescate</u> Registros de empleadores que confirman el empleo en una organización o entidad que fue responsable de rescate y recuperación, limpieza, transporte de escombros y que confirma que el Reclamante estaba presente en el sitio, incluido un listado oficial del personal, credenciales del lugar o un talón de pago; O</p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ejemplo órdenes, instrucciones, confirmación de tareas realizadas, registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estatal, de la ciudad o local.</p> <p><u>Presencia reclamada según la residencia</u></p> <p>Prueba de residencia en el área durante el período de tiempo pertinente, por ejemplo (i) recibos de alquileres, recibos de hipotecas, o facturas de servicios públicos y además (ii) prueba de que el Reclamante estaba físicamente presente en la residencia en algún momento entre el 11 de septiembre de 2001 y el 30 de mayo de 2002, que podría incluir por lo menos dos (2) declaraciones juradas y protocolizadas por un notario (o declaraciones no juradas que cumplan con el Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C.) No. 28, Sección 1746) por cohabitantes, locadores, porteros o vecinos.</p> <p><u>Presencia reclamada por trabajo de quienes no son personal de rescate en la Zona de Exposición de NYC o en el Pentágono</u></p> <p>Registros de empleo que documentan el empleo y la presencia en la Zona de Exposición de NYC o en el Pentágono; O</p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ejemplo registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estatal, de la ciudad o local.</p> <p><u>Presencia reclamada por asistencia a establecimiento educativo/establecimiento de cuidado</u></p> <p>Registros escolares o de establecimiento de cuidado que confirma la inscripción/asistencia durante el período.</p> <p><u>Presencia en la Zona de Exposición de NYC en algún otro carácter (por ej. como visitante)</u></p> <p>Documentación contemporánea de presencia, por ejemplo: registros médicos contemporáneos o registros contemporáneos del gobierno federal, estatal, de la ciudad o local.</p> <p>Nota: Por lo menos dos (2) declaraciones juradas y protocolizadas por un notario (o declaraciones no juradas que cumplan con el Código de los Estados Unidos de América (United States Code, U.S.C. No. 28, Sección 1746) con relación a la presencia del Reclamante por personas que puedan confirmar la presencia del Reclamante en un sitio de colisión del 11/9 servirán como prueba aceptable solo si no se dispone de otras formas de prueba oficiales o "principales" (por ejemplo aquellas indicadas anteriormente) y el Fondo determina que dichas declaraciones son suficientemente confiables.</p>	○	○	



September 11th
Victim Compensation Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente																																																																																																																								
<p>Parte III. Información acerca de las lesiones físicas del reclamante</p> <p><u>Para cualquier lesión o afección reclamada cuyo tratamiento se haya certificado conforme al Programa de Salud del WTC con posterioridad al 1 de julio de 2011:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El VCF podría llegar a obtener los registros necesarios directamente del Programa de Salud del WTC. Es posible que el VCF necesite registros adicionales y, en ese caso, el VCF le notificará y le proporcionará instrucciones. <p><u>En relación con cualquier lesión o afección reclamada que haya sido tratada por médicos o programas distintos del Programa de Salud del WTC:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Deberá proporcionar registros y documentos médicos contemporáneos creados por o según las instrucciones del (de los) profesional(es) médico(s) que brindaron atención médica. Su(s) médico(s) privado(s) deberán completar determinados formularios de antecedentes médicos si no está recibiendo o no solicitará tratamiento conforme al Programa de Salud del WTC. El VCF enviará los formularios correspondientes a su médico para que los complete. Su médico puede enviar dichos formularios directamente al VCF a September 11th Victim Compensation Fund; P.O. Box 34500; Washington, DC 20043. Una vez presentados dichos formularios, deberá actualizar esta lista de verificación de documentos para confirmar la presentación de dichos documentos. <p>Nota: la documentación debe incluir prueba de cuándo un profesional médico trató por primera vez dicha lesión o afección.</p> <p>Otros documentos que respaldan la elegibilidad: Partes I-III (opcional) Otra documentación que haya incluido para respaldar las Partes I-III</p> <ul style="list-style-type: none"> Otros (describa) <table border="1" data-bbox="170 1585 857 1726"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> Otros (describa) <table border="1" data-bbox="170 1764 857 1904"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																									<p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Parte IV. Declaraciones y certificaciones Por favor, imprima la Parte IV y los Anexos A-D del formulario de reclamo, firme donde corresponda y envíe por correo todas las páginas de la Parte (incluidas las páginas que no necesita firmar) al VCF a September 11th Victim Compensation Fund; P.O. Box 34500; Washington, DC 20043. Debe enviar por correo todas las páginas con su firma original (no copias), pero debe conservar una copia para sus propios registros. Si fuese posible, suba también copias de las páginas firmadas para que el VCF pueda comenzar a procesar su reclamo.</p> <p>Parte IV. A: Aviso de la Ley de Privacidad Por favor, firme esta sección. Si es el representante autorizado del Reclamante (identificado en la Parte I.B), escriba también su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el reclamante.</p> <p>Parte IV. B: Certificación de desistimiento de demanda legal Escriba sus iniciales en el espacio correspondiente.</p> <p>Parte IV. C: Reconocimiento de la renuncia de derechos Firme esta sección. Si es el representante autorizado del Reclamante (identificado en la Parte I.B), escriba también su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el Reclamante.</p> <p>Parte IV. D: Declaración de autorización para actuar en nombre del Reclamante (si corresponde) Complete esta sección solo si presenta este reclamo en nombre de un Reclamante menor de 18 años.</p> <p>Parte IV. E: Autorización para la divulgación de información Firme esta sección. Si es el representante autorizado del Reclamante (identificado en la Parte I.B), escriba también su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el Reclamante.</p> <p>Parte IV. F: Reconocimiento del Reclamante del cumplimiento por parte del abogado de la limitación de sus honorarios (si corresponde) Complete esta sección únicamente si un abogado prestó servicios legales en relación con este reclamo.</p> <p>Parte IV. G: Autorización para comunicación y correspondencia (si corresponde) Complete esta sección solo si un abogado u otra persona identificada en la Parte I.C. colaboran en la presentación de este reclamo y desea que el VCF se comunique con esta persona en relación con su reclamo.</p> <p>Parte IV. H: Certificación de exactitud de la información Por favor firme esta sección. Si es el representante autorizado del Reclamante (identificado en la Parte I.B), escriba también su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el Reclamante.</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL
FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES**

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Anexos A-D</p> <p>Anexo A: Autorización para la divulgación de registros médicos</p> <p>Por favor identifique a todos los médicos y prestadores de atención médica que participaron en el diagnóstico y tratamiento de su lesión, así como también cualquier otra entidad (por ej. compañías de seguros, programas de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, programas de pensión) que puedan tener información médica pertinente a su reclamo.</p> <p>Luego complete su propia información de contacto y firme y feche la página de firmas. Si es el representante autorizado del Reclamante (identificado en la Parte I.B), escriba también su nombre en letra de imprenta y describa su relación con el Reclamante.</p> <p>Anexo B1: Autorización para la divulgación de registros de pensión e información médica por parte de personas y entidades de Nueva York (si corresponde)</p> <p>Debe completar este anexo si uno de los siguientes fondos de pensión le ha otorgado una pensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • New York City Police Pension Fund (POLICE) • New York Fire Department Pension Fund (FIRE) • New York City Employees' Retirement System (NYCERS) • Teachers' Retirement System of the City of New York (TRS) • New York City Board of Education Retirement System (BERS) <p>Para completar este anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete los recuadros que aparecen en la parte superior de la página • Marque el recuadro correspondiente en la Pregunta N.º 7 • Marque el recuadro "Otros" en la Pregunta N.º 9(a) • En la Pregunta N.º 9(b), coloque sus iniciales en el lugar correspondiente y escriba el nombre de la persona • Complete la Pregunta N.º 12 y la Pregunta N.º 13 • Firme y feche el formulario <p>Anexo B2: Autorización para la divulgación de información médica por parte de personas y entidades de Nueva York (si corresponde)</p> <p>Debe completar una copia de este anexo para cualquier prestador médico que haya identificado en el Anexo A que se encuentre ubicado en el estado de Nueva York. También debe completar una copia de este anexo para cualquier otro médico, establecimiento, hospital, entidad o persona ubicado en el estado de Nueva York que tenga información médica que sea pertinente a su reclamo. Debe completar una copia separada de este anexo para cada persona y entidad.</p> <p>Para completar este anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete los recuadros que aparecen en la parte superior de la página • Escriba el nombre y la dirección de la persona o entidad en la Pregunta N.º 7 • En la Pregunta N.º 9(a), coloque sus iniciales en los tres espacios junto a "Tratamiento por alcoholismo/drogadicción", "Información sobre salud mental" e "Información relacionada con el VIH" • En la Pregunta N.º 9(b), coloque una inicial en el lugar correspondiente y escriba el nombre de la persona o entidad • Complete la Pregunta N.º 12 y la Pregunta N.º 13 • Firme y feche el formulario 	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>	



September 11th
Victim Compensation Fund

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO DEL FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD - RECLAMANTES CON LESIONES PERSONALES

Documentación de respaldo del formulario de elegibilidad: Partes I-IV	Enviado por correo	Presentación completa	Para uso interno únicamente
<p>Anexos A-D (continuación)</p> <p>Anexo C: <i>Certificación del abogado del cumplimiento de la disposición sobre la limitación de honorarios del abogado (si el Reclamante está representado por un abogado)</i></p> <p>Esta sección debe ser completada por todo abogado que cobre por servicios legales prestados en relación con este reclamo. Si un abogado no ha colaborado con este reclamo, no es necesario completar esta sección. [Los abogados que hayan proporcionado asistencia gratuita (pro bono) para este reclamo no deben completar este Anexo]</p> <p>Anexo D: <i>Solicitud del abogado de aprobación para cobrar gastos no rutinarios</i></p> <p>Esta sección no debe completarse a menos que un abogado que prestó servicios legales en relación con este reclamo procure cobrarle al Reclamante (o al Representante del Reclamante) por gastos no rutinarios. Si el abogado solicita gastos no rutinarios, debe presentarse este Anexo con una declaración que explique los gastos no rutinarios y la razón por la que deben ser aprobados.</p>	<p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/></p>		